

Nghiên cứu các hình thái lâm sàng và thái độ xử trí ở những sản phụ có nhiễm trùng hậu sản

Trương Thị Linh Giang^{1*}

(1) Bộ môn Phụ sản, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nhiễm trùng hậu sản ảnh hưởng đến sức khỏe và tâm lý của người phụ nữ. **Mục tiêu:** Nghiên cứu các đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng của các hình thái nhiễm trùng hậu sản và đánh giá thái độ xử trí ở những trường hợp nhiễm trùng hậu sản. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Các sản phụ đang trong thời kỳ hậu sản và được chẩn đoán nhiễm trùng hậu sản và điều trị tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 06/2021 đến tháng 01/2023. **Kết quả:** Có 40 trường hợp nhiễm trùng hậu sản. Trong đó, viêm nội mạc tử cung là hình thái phổ biến nhất, chiếm 87,5%. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp: 80% có bất thường về sản dịch, 67,5% có triệu chứng đau bụng, 50% có tử cung co hồi kém. Về cận lâm sàng, 55% các trường hợp có số lượng bạch cầu tăng cao $\geq 10 \times 10^9/l$, giá trị CRP trung bình là $33,02 \pm 33,29$ (mg/l) và 65% có sót tổ chức trong lòng tử cung. Về thái độ xử trí: 100% các trường hợp điều trị kháng sinh theo phác đồ, không có trường hợp cần điều trị ngoại khoa. 100% các trường hợp có kết quả điều trị tốt với thời gian nằm viện trung bình là $7,5 \pm 1,3$ ngày. **Kết luận:** Viêm nội mạc tử cung là hình thái phổ biến nhất. Các yếu tố nguy cơ về nhiễm trùng hậu sản: Mổ lấy thai, ối vỡ ≥ 6 giờ, chuyển dạ kéo dài. Thái độ xử trí trong các trường hợp nhiễm trùng hậu sản là phù hợp.

Từ khóa: nhiễm trùng hậu sản, viêm nội mạc tử cung, sinh thường, mổ lấy thai.

Clinical characteristics and management in women with postpartum infection

Truong Thi Linh Giang^{1*}

(1) Dept. of Obstetrics and Gynecology, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Postpartum infection affects women's health and psychology. **Objectives:** To study the clinical and paraclinical characteristics of postpartum infection patterns and evaluate the management attitude in cases of postpartum infection. **Methods and Materials:** Women who were in the postpartum period, diagnosed with postpartum infection and treated at the Department of Obstetrics and Gynecology, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from 06/2021 to 01/2023. **Results:** There were 40 cases of postpartum infection, accounting for 87.5%. Endometritis is the most common type, accounting for 87.5%. Common clinical symptoms: 80.0% have abnormal secretions, 67.5% have abdominal pain, 50.0% have poor uterine contractility. Regarding subclinical, 55.0% of cases had elevated white blood cell count $\geq 10 \times 10^9/l$, mean CRP value was 33.02 ± 33.29 (mg/l) and 65.0% had remained organization within the uterus. About treatment: 100% of cases of antibiotic treatment according to the regimen, no cases need surgical treatment. 100% of cases had good treatment results with an average hospital stay of 7.5 ± 1.3 days. **Conclusion:** Endometritis is the most common form. Risk factors for postpartum infection: Caesarean section, rupture of membranes ≥ 6 hours, prolonged labor. Management attitude in postpartum infections is appropriate.

Keywords: postpartum infection, endometritis, vaginal delivery, cesarean delivery.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng hậu sản là nhiễm trùng xuất phát từ đường sinh dục xảy ra trong thời kỳ hậu sản, là một trong năm nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trên toàn thế giới, ảnh hưởng đến 5-10% phụ nữ mang thai, gây ra ít nhất 75 000 trường hợp tử

vong mẹ mỗi năm [1], [2], [3]. Ở nước ta, điều kiện khí hậu vệ sinh chăm sóc sau sinh và sau mổ vẫn có những hạn chế, kiến thức phòng bệnh một số sản phụ chưa thực sự tốt, cùng với việc sử dụng kháng sinh bừa bãi gia tăng tỷ lệ đề kháng làm ảnh hưởng xấu đến kết quả điều trị. Vì vậy, tỷ lệ nhiễm trùng

hậu sản ở nước ta vẫn còn tương đối cao [4], [5]. Nhiễm trùng hậu sản ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe và tâm lý của người phụ nữ, thậm chí có thể đe dọa tính mạng [6]. Vì thế, việc tiến hành một nghiên cứu về các hình thái lâm sàng cũng như xử trí ở các trường hợp nhiễm trùng hậu sản là hết sức cần thiết để có thể dự phòng, phát hiện sớm các trường hợp bệnh, điều trị hợp lý, kịp thời nhằm giảm thiểu tối đa sự ảnh hưởng đến sức khỏe của sản phụ. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Nghiên cứu các hình thái lâm sàng và thái độ xử trí ở những thai phụ có nhiễm trùng hậu sản” nhằm mục tiêu:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các hình thái nhiễm trùng hậu sản.
2. Đánh giá kết quả xử trí ở những trường hợp nhiễm trùng hậu sản.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Các sản phụ đang trong thời kỳ hậu sản và được chẩn đoán nhiễm trùng hậu sản và điều trị tại khoa Phụ sản, Bệnh viện Trường

Đại học Y-Dược Huế từ tháng 06/2021 đến tháng 01/2023.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các nguyên nhân gây sốt không liên quan đến thời kỳ hậu sản và các sản phụ không đồng ý tham gia vào mẫu nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu thuận tiện.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu thu thập được phân tích và xử lý trên máy tính theo chương trình SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán sau: Thống kê tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình. Sử dụng test χ^2 để kiểm định, test Fisher. Các phép kiểm định có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

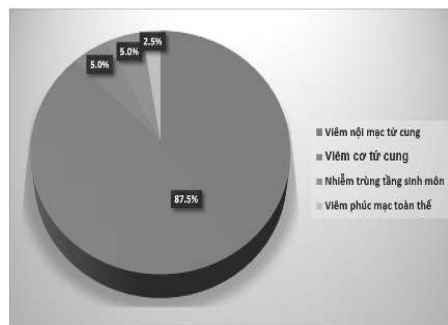
3.1. Đặc điểm chung:

Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $29,50 \pm 5,98$ tuổi. Về trình độ học vấn: Nhóm có trình độ Trung học cơ sở, Trung học phổ thông chiếm tỷ lệ cao nhất (57,5%). Về nghề nghiệp, nhóm sản phụ làm công nhân và nội trợ lần lượt chiếm tỷ lệ cao nhất là 35% và 32,5%, thấp nhất là nhóm tri thức và nông dân, cùng chiếm tỷ lệ 4%.

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		Kết quả
Tuổi		$29,50 \pm 5,98$
Địa dư	Nông thôn	26 (65,0%)
	Thành thị	14 (35,0%)
Trình độ học vấn	Mù chữ - Tiểu học	3 (7,5%)
	THCS - THPT	23 (57,5%)
	Trung cấp - Cao đẳng - Đại học	14 (35,0%)
Nghề nghiệp	Nông dân	4 (10,0%)
	Công nhân	14 (35,0%)
	Buôn bán	5 (12,5%)
	Nội trợ	13 (32,5%)
	Tri thức	4 (10,0%)

3.2. Các hình thái lâm sàng của NTHS



Biểu đồ 1. Các hình thái lâm sàng của NTHS

Hình thái lâm sàng phổ biến nhất của nghiên cứu là viêm nội mạc tử cung với 35 trường hợp, chiếm tỷ lệ 87,5%. Hình thái lâm sàng chiếm tỷ lệ thấp nhất là viêm phúc mạc toàn thể (1 trường hợp, chiếm tỷ lệ 2,5%). Nhiễm trùng tầng sinh môn và viêm cơ tử cung đều chiếm 5% trong các trường hợp NTHS của nhóm nghiên cứu.

3.3. Triệu chứng lâm sàng của NTHS

3.3.1. Thời gian phát hiện triệu chứng theo hình thái NTHS

Bảng 2. Thời gian phát hiện triệu chứng theo hình thái NTHS

Hình thái NTHS	Thời gian trung bình (ngày) ± SD
Viêm NMTC	3,8 ± 1,2
Viêm tử cung toàn bộ	3,5 ± 2,1
Nhiễm trùng TSM	4,5 ± 0,7
Viêm phúc mạc toàn thể	3,0 ± 0,0

Thời gian phát hiện triệu chứng ở các trường hợp viêm NMTC là $3,8 \pm 1,2$ ngày. Các hình thái viêm tử cung toàn bộ và nhiễm trùng TSM có thời gian trung bình lần lượt là $3,5 \pm 2,1$ ngày và $4,5 \pm 0,7$ ngày. Ngoài ra, có 1 trường hợp viêm phúc mạc toàn thể, khởi phát triệu chứng sau 3 ngày. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,709 > 0,05$.

3.3.2. Triệu chứng toàn thân theo hình thái NTHS:

Bảng 3. Triệu chứng toàn thân

Triệu chứng	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)	χ^2	p
Sốt < 38°C	13	32,5	0,5	0,038
Sốt ≥ 38°C	27	67,5		
Tổng	40	100,0		

Trong mẫu nghiên cứu, có 32,5% các trường hợp NTHS có sốt ≥ 38°C. Trong khi đó, 67,5% các trường hợp có biểu hiện sốt nhẹ < 38°C.

3.3.3. Triệu chứng tại chỗ của NTHS

Bảng 4. Triệu chứng tại chỗ của NTHS

Triệu chứng tại chỗ	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Sản dịch bẩn, có mủ	8	20,0
Sản dịch hôi	9	22,5
Đau bụng	27	67,5
Bụng chướng	17	42,5
Tử cung co hồi kém hơn bình thường	20	50,0
Mật độ tử cung mềm	16	40,0
Ấn tử cung đau	26	65,0
Vết may TSM sưng nề, có mủ	2	5,0

42,5% các trường hợp có triệu chứng sản dịch bất thường với 20,0% các trường hợp sản dịch bẩn, có mủ, 22,5% các trường hợp có sản dịch hôi.

67,5% các trường hợp có biểu hiện đau bụng. 42,5% các trường hợp có biểu hiện chướng bụng và 65,0% các trường hợp tử cung ấn đau. 50,0% các trường hợp có tử cung co hồi kém và mật độ tử cung mềm chiếm 40,0% các trường hợp.

Ngoài ra, 5,0% các sản phụ có biểu hiện sưng nề và tiết dịch ở vết may tầng sinh môn.

3.4. Triệu chứng cận lâm sàng

3.4.1. Công thức máu

Bảng 5. Kết quả công thức máu

Công thức máu	NTHS	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)	± SD
Hồng cầu ($\times 10^{12}/l$)	< 3,8	8	20,0	4,18 ± 0,59
	≥ 3,8	32	80,0	
Hemoglobin (g/l)	< 110	5	12,5	121,48 ± 18,82
	≥ 110	35	87,5	
Bạch cầu ($\times 10^9/l$)	< 10	18	45,0	12,35 ± 4,47
	≥ 10	22	55,0	

Giá trị số lượng hồng cầu trung bình của nhóm nghiên cứu là $4,18 \pm 0,59$ ($\times 10^{12}/l$). Nhóm bệnh nhân có số lượng hồng cầu $\geq 3,8 \times 10^{12}/l$ cao hơn có ý nghĩa so với nhóm có số lượng hồng cầu $< 3,8 \times 10^{12}/l$ với $p < 0,01$.

Giá trị trung bình của Hemoglobin trong nhóm nghiên cứu là $121,48 \pm 18,82$ g/l với 87,5% các bệnh nhân có mức Hemoglobin ≥ 110 g/l và 12,5% sản phụ trong mẫu nghiên cứu có thiếu máu.

Số lượng bạch cầu trung bình là $12,35 \pm 4,47 \times 10^9/l$. 55,0% các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có số lượng bạch cầu $\geq 10 \times 10^9/l$ và nhóm có số lượng bạch cầu $< 10 \times 10^9/l$ chiếm 45,0% các trường hợp.

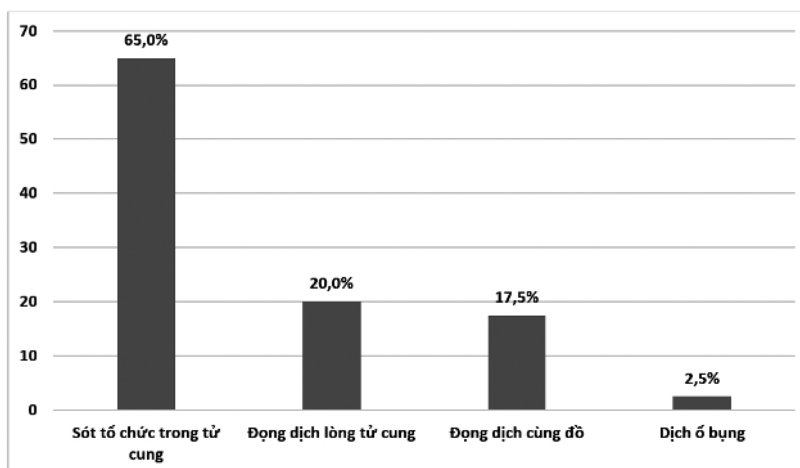
3.4.2. Giá trị CRP

Bảng 6. Kết quả CRP

Hình thái NTHS	Giá trị CRP (mg/l)	± SD	P
Nhiễm trùng TSM, âm hộ, âm đạo	11,72 ± 7,08		p = 0,127 > 0,05
Viêm NMTC	40,50 ± 39,86		
Viêm TC toàn bộ	30,44 ± 24,72		
Viêm PM	20,96 ± 0,00		
Trị số trung bình	33,02 ± 33,29		

Giá trị CRP trung bình trong mẫu nghiên cứu là $33,02 \pm 33,29$ (mg/l). Giá trị CRP trung bình cao nhất ở nhóm viêm NMTC ($40,50 \pm 39,86$ mg/l), giá trị trung bình của CRP thấp nhất ở nhóm nhiễm trùng TSM, ở mức $11,72 \pm 7,08$ mg/l. Tuy nhiên không có sự khác biệt giữa các nhóm hình thái ($p > 0,05$).

3.4.3. Đặc điểm siêu âm



Biểu đồ 2. Kết quả siêu âm

Siêu âm sót tổ chức trong lòng tử cung chiếm 65,0% các trường hợp. 20,0% các trường hợp có đọng dịch trong lòng tử cung và 17,5% có dịch cùng đồ. Có 2,5% các trường hợp có dịch ổ bụng.

3.5. Các yếu tố liên quan nhiễm trùng hậu sản:

Bảng 7. Các yếu tố liên quan đến nhiễm trùng hậu sản.

Yếu tố	NTHS	n	%	χ^2	p
Chuyển dạ kéo dài	Có	27	67,5	4,900	0,027
	Không	13	32,5		
Ối vỡ sớm	≥ 6 giờ	28	70,0	6,400	0,011
	< 6 giờ	12	30,0		
Sốt rau	Có	26	65	3600	0,058
	Không	14	35		

Có 27 trường hợp NTHS chuyển dạ kéo dài chiếm 67,5%, cao hơn nhóm không có chuyển dạ kéo dài chiếm 32,5% ($p < 0,05$)

70,0%, ối vỡ kéo dài ≥ 6 giờ bị NTHS trong mẫu nghiên cứu là cao hơn có ý nghĩa so với nhóm vỡ ối < 6 giờ (chiếm 30,0%).

Kết quả từ nghiên cứu có 65,0% các trường hợp bị NTHS có sốt rau.

3.6. Thái độ xử trí và kết quả

3.6.1. Điều trị nguyên nhân và kết quả

Bảng 8. Điều trị nguyên nhân và kết quả

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Thời gian hết sốt					
			≤ 3 ngày		4 - 6 ngày		≥ 7 ngày	
			n	%	n	%	n	%
Ampicillin + Sulbactam + Gentamycine	36	90,0	32	88,9	4	11,1	0	0,0
Ampicillin + Sulbactam + Gentamycine + Metronidazole	1	2,5	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Ampicillin + Sulbactam + Gentamycine + Nạo buồng tử cung	3	7,5	1	33,3	2	66,7	0	0,0

- 36 trường hợp sử dụng kháng sinh theo phác đồ Ampicillin + Sulbactam + Gentamycin có 32 trường hợp hết sốt trong vòng 3 ngày đầu, chiếm 88,9% và 11,1% các trường hợp hết sốt trong vòng 4 - 6 ngày.

- 1 trường hợp sử dụng phác đồ kết hợp Ampicillin + Sulbactam + Gentamycin + Metronidazole hết sốt trong 3 ngày đầu sau điều trị.

- 3 trường hợp điều trị Ampicillin + Sulbactam + Gentamycin kết hợp nạo buồng tử cung có 1 trường hợp hết sốt trong 3 ngày đầu và 2 trường hợp hết sốt sau 4 - 6 ngày.

Tất cả 40 trường hợp bệnh nhân đều hết sốt trong vòng 7 ngày sau điều trị.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,032 < 0,05$.

3.6.2. Điều trị hỗ trợ

Bảng 9. Điều trị hỗ trợ

Biện pháp điều trị	Bệnh nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hạ sốt		40	100,0
Kháng viêm		40	100,0
Thuốc tăng co bóp tử cung		21	52,5
Truyền dịch		26	65,0
Truyền máu		2	5,0

Nghiên cứu cho kết quả 100% các trường hợp NTHS bệnh nhân được điều trị hạ sốt và kháng viêm. Có 21 trường hợp (52,5%) được sử dụng các thuốc tăng co bóp tử cung. 26 trường hợp trong nhóm nghiên cứu (65,0%) được chỉ định truyền dịch và 2 trường hợp có chỉ định truyền máu (5,0%).

3.6.3. Thời gian nằm viện trung bình:

Bảng 10. Thời gian nằm viện trung bình

Hình thái NTHS	Số ngày nằm viện trung bình	± SD	χ ²	p
Nhiễm trùng TSM	6,0 ± 1,4		0,1	0,904
Viêm NMTC	7,4 ± 1,0			
Viêm tử cung	9,0 ± 1,4			
Viêm phúc mạc toàn bộ	12 ± 0,0			
Tổng	7,5 ± 1,3			

Thời gian nằm viện trung bình trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi là 7,5 ± 1,3 ngày.

Số ngày nằm viện trung bình ít nhất ở hình thái nhiễm trùng TSM, trung bình 6,0 ± 1,4. Tiếp theo là hình thái viêm NMTC với thời gian nằm viện trung bình là 7,4 ± 1,0 ngày. Các trường hợp viêm tử cung toàn bộ trong mẫu nghiên cứu có thời gian nằm viện trung bình là 9,0 ± 1,4 ngày. 1 trường hợp viêm phúc mạc toàn bộ trong mẫu nghiên cứu có thời gian nằm viện 12 ngày (p > 0,05).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu:

Nhiễm trùng hậu sản trong mẫu nghiên cứu gặp nhiều nhất ở nhóm Tuổi bệnh nhân từ 25 - 29 tuổi chiếm 35,0%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Anh và Nguyễn Tuấn Dũng, các trường hợp nhiễm trùng hậu sản chủ yếu tập trung ở nhóm tuổi từ 25-29 với tỷ lệ 35,8%, vì đây là lứa tuổi phổ biến nhất trong độ tuổi sinh sản [7].

Bệnh nhân chủ yếu sống ở vùng nông thôn chiếm 65,0%, nhóm nghề nghiệp tri thức chiếm 10,0% các trường hợp và chủ yếu ở nhóm có trình độ học vấn trung học cơ sở và trung học phổ thông (57,5%). Điều này có thể giải thích do khả năng tiếp cận các kiến thức về phòng bệnh cũng như nhận thức về chăm sóc sức khỏe chưa cao ở những phụ nữ sống ở vùng nông thôn, trình độ học vấn và nghề nghiệp thấp hơn.

4.2. Các hình thái lâm sàng

Hình thái lâm sàng phổ biến nhất của NTHS là viêm NMTC, chiếm tỷ lệ 87,5%. Nghiên cứu của Walter Chaim và cộng sự cũng chỉ ra rằng viêm nội mạc tử cung là hình thái phổ biến nhất của nhiễm trùng hậu sản [8]. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Thu Hằng và cộng sự (2016) cũng cho kết quả tương tự, với viêm nội mạc tử cung chiếm lần lượt 87,7% và 91,3% các trường hợp nhiễm trùng

hậu sản, chiếm tỷ lệ cao nhất trong các hình thái [1]. Ngoài ra, nhiễm trùng tầng sinh môn chiếm 5,0% trong mẫu nghiên cứu, thấp hơn so với tác giả Đinh Thị Phương Minh (31,2%), nhờ điều kiện vệ sinh bệnh viện và thao tác vô khuẩn trong khi thực hiện cắt may tầng sinh môn tốt hơn. Ngoài ra, tỷ lệ các trường hợp viêm tử cung toàn bộ cũng chiếm 5,0%, tương đương với nghiên cứu trên (4,9%). Hình thái viêm phúc mạc toàn bộ chỉ có 1 trường hợp. Không gặp các hình thái nặng như nhiễm trùng huyết, sốc nhiễm trùng, cho thấy kết quả tốt trong việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời.

4.3. Triệu chứng lâm sàng

Thời gian phát hiện triệu chứng ở các trường hợp viêm NMTC là 3,8 ± 1,2 ngày.

100% các trường hợp sản phụ biểu hiện sốt với 67,5% các trường hợp sốt cao ≥ 38°C. Theo nghiên cứu của Khaskheli M. N. và cộng sự (2013) cũng chỉ ra rằng sốt là triệu chứng thường gặp nhất với tỷ lệ 90,69% [3].

Đau bụng là triệu chứng thường gặp, chiếm 67,5% các trường hợp NTHS. theo nghiên cứu trên của Yahaya và Bakar, 86,4% các trường hợp có đau vùng bụng dưới [9].

80% bệnh nhân có bất thường về sản dịch với 20,0% các trường hợp sản dịch bẩn có mùi, 22,5% các trường hợp có sản dịch hôi.

50% các trường hợp có tử cung co hồi chậm, mật độ tử cung mềm chiếm 40% các trường hợp. Theo nghiên cứu của Bùi Thị Thu Hằng và cộng sự (2016), tử cung co hồi chậm cũng là triệu chứng thường gặp, chiếm 68,4% và 63,8% các trường hợp [1].

Biểu hiện tăng sinh môn vết may sưng nề, có mủ gặp trong 5% các trường hợp.

4.4. Triệu chứng cận lâm sàng:

Số lượng bạch cầu trung bình là 12,35 ± 4,47 x 10⁹/l. 55,0% các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có số lượng bạch cầu ≥ 10 x 10⁹/l và nhóm có số lượng

bạch cầu $< 10 \times 10^9/l$ chiếm 45,0% các trường hợp. Theo Khaskheli M. N. và cộng sự (2013), 72,09% các trường hợp NTHS có bạch cầu $> 11 \times 10^9/l$ [10]. Tỷ lệ này ở các nghiên cứu trên không có sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi ($p > 0,05$).

Giá trị CRP trung bình trong mẫu nghiên cứu là $33,02 \pm 33,29$ (mg/l). Giá trị CRP trung bình cao nhất ở nhóm viêm NMTC ($40,50 \pm 39,86$ mg/l), giá trị trung bình của CRP thấp nhất ở nhóm nhiễm trùng TSM, ở mức $11,72 \pm 7,08$ mg/l. Tuy nhiên không có sự khác biệt giữa các nhóm hình thái ($p > 0,05$). Theo Nguyễn Thị Thu Hằng và cộng sự (20016), tỷ lệ CRP dương tính khá cao với 61,4% và 70,5% qua 2 năm [1]. Theo Nguyễn Sỹ Thịnh và Lê Thị Thanh Vân (2011), lên đến 100% [3].

Triệu chứng thường gặp nhất trên siêu âm là sốt ổ chức trong lòng tử cung, chiếm 65,0% các trường hợp. 20% các trường hợp có đọng dịch trong lòng tử cung. Ngoài ra 17,5% các trường hợp có dịch cùng đồ và 2,5% có dịch ổ bụng.

4.5. Các yếu tố liên quan

Nhiễm trùng hậu sản và thời gian ối vỡ

Tỷ lệ các trường hợp có ối vỡ kéo dài ≥ 6 giờ bị NTHS trong mẫu nghiên cứu là 70,0%, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm vỡ ối < 6 giờ (chiếm 30,0%) với $p = 0,011 < 0,05$. Nghiên cứu của Nguyễn Thùy Nhung và cộng sự (2014) chỉ ra rằng sự liên quan giữa thời gian vỡ ối và VNMTCT, với $OR = 4,623$ với thời gian vỡ ối trên 6 giờ [11]. Có thể thấy, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự với việc thời gian vỡ ối kéo dài ≥ 6 giờ làm tăng tỷ lệ NTHS. Điều đó cho thấy sự cần thiết của việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong các trường hợp ối vỡ sớm.

Nhiễm trùng hậu sản và thời gian chuyển dạ:

Có 27 trường hợp NTHS trong mẫu nghiên cứu có chuyển dạ kéo dài (chiếm tỷ lệ 67,5%), cao hơn nhóm không có chuyển dạ kéo dài (chiếm 32,5%) với $p < 0,05$. Ngunyi và cộng sự (2020) đã chỉ ra rằng, thời gian chuyển dạ kéo dài trên 18 giờ làm tăng khả năng mắc nhiễm trùng hậu sản với $OR = 26,760$ (95% CI, 9,081 - 63,218) [12]. Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi so với nghiên cứu trên có sự tương đồng với việc chuyển dạ kéo dài làm tăng tỷ lệ NTHS.

Nhiễm trùng hậu sản và sốt ổ chức rau:

Kết quả nghiên cứu có 65,0% các trường hợp bị NTHS có sốt rau, trong khi tỷ lệ này ở nhóm sản phụ không có sốt ổ chức là 35,0%, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Theo nghiên cứu của Itay Zmora và cộng sự (2019), sốt ổ chức rau làm tăng nguy cơ mắc nhiễm trùng hậu sản sớm với $OR = 3,47$ (95% CI, 2,43 - 4,94) [13]. Có sự liên quan giữa sốt rau và tình trạng nhiễm trùng hậu sản bởi sự tồn tại của ổ chức rau

trong buồng tử cung.

4.6. Thái độ xử trí

Điều trị nội khoa

Trong số 40 trường hợp NTHS trong mẫu nghiên cứu điều trị theo phác đồ đều hết sốt trong vòng 7 ngày sau điều trị. Nghiên cứu của tác giả Đinh Thị Phương Minh cũng cho kết quả tương tự với 100% các trường hợp viêm nội mạc tử cung hết sốt trong vòng 7 ngày đầu [6].

Theo nghiên cứu của Bùi Thị Thu Hằng và cộng sự (2016), trong hai giai đoạn năm 2004 và 2013 có sự khác biệt trong phương pháp điều trị VNMTCT, trong đó điều trị bằng kháng sinh đơn thuần là 50,8% và 16,7% các trường hợp, kháng sinh và kháng viêm lần lượt là 32,5% và 19,5%, kháng sinh và nạo, hút thai là 14,0% và 63,8% [1].

Về các điều trị hỗ trợ, 100% các trường hợp NTHS trong nhóm nghiên cứu được điều trị hạ sốt và kháng viêm. Ngoài ra, 21 trường hợp (chiếm 52,5%) được sử dụng các thuốc tăng co bóp tử cung. 26 trường hợp trong nhóm nghiên cứu (chiếm 65,0%) được chỉ định truyền dịch và 2 trường hợp có chỉ định truyền máu chiếm 5,0%.

Một nghiên cứu khác của Lê Thu Huyền (2019) về nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai, các điều trị về nội khoa như kháng sinh (100%), thuốc to co bóp (93,0%), hạ sốt (66,9%), truyền dịch (66,9%) và không có trường hợp nào cần truyền máu [1].

Điều trị ngoại khoa

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào cần điều trị ngoại khoa.

Lê Thu Huyền (2019) chỉ ra rằng, các phương pháp điều trị bao gồm sản khoa với can thiệp buồng tử cung (nong CTC, hút nạo lại buồng tử cung) trong 29,0% các trường hợp.

Theo nghiên cứu của Bùi Thị Thu Hằng và cộng sự (2016), tỷ lệ các trường hợp NTHS phải cắt tử cung là 2,7% và 0% lần lượt vào hai năm 2004 và 2013. Đối với viêm phúc mạc, năm 2004 có 1/2 trường hợp và năm 2013 có 3/8 trường hợp phải cắt tử cung do chảy máu. Nhiễm khuẩn huyết có 1/2 trường hợp phải cắt tử cung năm 2004 và không có trường hợp nào năm 2013 [1].

Thời gian điều trị

Thời gian nằm viện trung bình trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi là $7,5 \pm 1,3$ ngày.

Theo nghiên cứu của Lê Thu Huyền (2019), đa số các trường hợp nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai nằm viện từ 7 đến 14 ngày, chiếm 73,9% các trường hợp, ngoài ra 24,6% nằm viện dưới 7 ngày và trên 2 tuần là 2 trường hợp (1,5%). Ngoài ra, thời gian nằm viện trung bình là $7,7 \pm 5,2$ ngày [14]. Kết quả này không có sự khác biệt đối với nghiên cứu của chúng tôi với $p = 0,351 > 0,05$.

5. KẾT LUẬN

Hình thái NTHS phổ biến nhất là viêm nội mạc tử cung, chiếm 87,5%, nhiễm trùng tầng sinh môn và viêm tử cung toàn bộ chiếm 5,0%, và viêm phúc mạc toàn thể chiếm 2,5%. 67,5% các trường hợp có sốt cao $\geq 38^{\circ}\text{C}$. 80,0% các trường hợp có bất thường về sản dịch với 20,0% các trường hợp sản dịch bẩn, có mủ, 22,5% các trường hợp có sản dịch hôi và sản dịch có máu trong 37,5% các trường hợp.

Đau bụng là triệu chứng thường gặp, chiếm 67,5% các trường hợp, 42,5% các trường hợp có biểu hiện chướng bụng và 65,0% các trường hợp tử cung ấn đau. 50,0% các trường hợp có tử cung co hồi kém và mật độ tử cung mềm chiếm 40,0% các trường hợp.

Số lượng bạch cầu trung bình là $12,35 \pm 4,47 \times 10^9/\text{l}$, trong đó, 55,0% các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có số lượng bạch cầu $\geq 10 \times 10^9/\text{l}$. Giá

trị CRP trung bình trong mẫu nghiên cứu là $33,02 \pm 33,29$ (mg/l). Về kết quả siêu âm: 65% các trường hợp có sót tổ chức trong lòng tử cung. 20,0% các trường hợp có đọng dịch trong lòng tử cung. Ngoài ra 17,5% các trường hợp có đọng dịch cùng đồ và 2,5% có dịch ổ bụng.

Các yếu tố liên quan: Mổ lấy thai, ối vỡ ≥ 6 giờ, chuyển dạ kéo dài làm tăng nguy cơ của nhiễm trùng hậu sản.

Thời gian nằm viện trung bình trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi là $7,5 \pm 1,3$ ngày.

Không có trường hợp nào điều trị bằng ngoại khoa. 100% các trường hợp NTHS trong nhóm nghiên cứu được điều trị hạ sốt và kháng viêm. 100% các trường hợp nhiễm trùng hậu sản đáp ứng tốt với điều trị và tất cả 40 trường hợp đều hết triệu chứng sốt sau < 7 ngày điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Thị Thu Hằng và cộng sự (2016), *Nghiên cứu tình hình nhiễm khuẩn hậu sản tại Viện Phụ sản Trung Ương trong hai năm 2004 và 2013*, Hội nghị Khoa học – Công nghệ Tuổi trẻ các Trường Đại học, Cao đẳng Y – Dược Việt Nam lần thứ 18, Kỷ niệm 126 năm ngày sinh Chủ tịch Hồ Chí Minh 19/5/1890 – 19/5/2016, Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng, Đà Nẵng.
2. Bellizzi S., Bassat Q., Ali M. M., Sobel H. L., Temmerman M. (2017), "Effect of Puerperal Infections on Early Neonatal Mortality: A Secondary Analysis of Six Demographic and Health Surveys", *PLoS ONE*, 12(1).
3. Khaskheli M. N., Baloch S., Sheeba A. (2013), "Risk factors and complications of puerperal sepsis at a tertiary healthcare centre", *Pak J Med Sci*, 29(4), pp. 972-976.
4. Bako B., Audu B. M., Lawan Z. M. et al (2012), "Risk factors and microbial isolates of puerperal sepsis at the University of Maiduguri Teaching Hospital, Maiduguri, North-eastern Nigeria", *Arch Gynecol Obstet*, 285, pp. 913–917.
5. Nguyen T.N. Ngoc, Nancy L. Sloan, Tran S. Thach, Le K.B. Liem and Beverly Winikoff (2005), Incidence of Postpartum Infection after Vaginal Delivery in Viet Nam, *Journal of Health, Population and Nutrition*, 23 (2), pp. 121-130.
6. Đinh Thị Phương Minh (2010), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nhiễm trùng hậu sản*, Luận văn tốt nghiệp Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Dược – Đại học Huế, Đại học Huế.
7. Nguyễn Thị Thúy Anh, Nguyễn Tuấn Dũng (2015), "Khảo sát tỷ lệ đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm trùng hậu sản tại bệnh viện Từ Dũ", *Tạp chí phụ sản*, 13(2), tr. 27-30.
8. Chaim W., Bashiri A., Bar-David J., Shoham-Vardi I., Mazor M. (2000), "Prevalence and clinical significance of postpartum endometritis and wound infection", *Infect Dis Obstet Gynecol*, 8(2), pp. 77-82.
9. S. J. Yahaya & M. Bakar (2013), "Knowledge of symptoms and signs of puerperal sepsis in a community in north-eastern Nigeria: A cross-sectional study", *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 33(2), pp. 152-154.
10. Ngonzi J., Bebell L. M., Fajardo Y., et al (2018), "Incidence of postpartum infection, outcomes and associated risk factors at Mbarara regional referral hospital in Uganda", *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(3), pp.270-275.
11. Nguyễn Thùy Nhung, Lê Thị Thanh Vân, Nguyễn Duy Hưng (2014), "Một số yếu tố nguy cơ viêm niêm mạc tử cung sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương", *Tạp chí phụ sản*, 12(2), tr. 123-126.
12. Ngunyi Y. L., Halle-Ekane G., Tendongfor N., et al (2020), "Determinants and aetiologies of postpartum pyrexia; a retrospective analysis in a tertiary health facility in the Littoral Region of Cameroon", *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(1), pp. 167-170.
13. Itay Zmora, Maayan Bas-Lando, Shunit Armon, Rivka Farkash, Alex Ioscovich, Arnon Samueloff, Sorina Grisaru-Granovsky (2019), "Risk factors, early and late postpartum complications of retained placenta: A case control study", *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 236 (4), pp. 160-165.
14. Lê Thu Huyền (2019), *Thực trạng nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2018*, Luận văn tốt nghiệp Thạc sỹ Điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long, Hà Nội.